FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 82

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ACCÈS PERNICIEUX ALGIDES

MER DES ANTILLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 JUILLET 1887

PAR

Henry-Albert-Marie ANGIER

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Plérin (Côtes-du-Nord), le 18 août 1861.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VERGELY,	professeur,	*président.*
MORACHE,	professeur.	*juges.*
PIÉCHAUD,	agrégé,	
MOUSSOUS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1886-1887 N° 82

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ACCÈS PERNICIEUX ALGIDES

MER DES ANTILLES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 JUILLET 1887

PAR

Henry-Albert-Marie ANGIER

AIDE-MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Plérin (Côtes-du-Nord), le 18 août 1861.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VERGELY,	professeur,	*président.*
MORACHE,	professeur.	*juges.*
PIÉCHAUD,	agrégé,	
MOUSSOUS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1887

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. DENUCÉ..... } Professeurs honoraires.
BITOT ..... }
MICÉ..... }

Anatomie	MM. BOUCHARD.
Physiologie.....	ORÉ.
Physique	MERGET.
Chimie.....	BLAREZ.
Histoire naturelle.....	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Pathologie interne.....	DUPUY
Pathologie externe.....	AZAM..
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Médecine opératoire.....	MASSE.
Pharmacie	FIGUIER
Thérapeutique.....	DE FLEURY.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Médecine expérimentale.....	JOLYET.
Matière médicale	PERRENS.
Clinique médicale	PITRES.
	PICOT.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Clinique obstétricale.....	MOUSSOUS.
Clinique ophtalmologique..	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	LANDE.
	ARNOZAN.
	RONDOT.
	ARTIGALAS.
	MOUSSOUS.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	DUDON.
	BOURSIER.
	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DENUCÉ.
Accouchements.....	LEFOUR.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle. .... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	MM. BERGONIE.
Chimie et Toxicologie.....	DENIGÈS.
Pharmacie	CARLES.

CLINIQUES ANNEXES

Clinique méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enfants. N. | Maladies mentales..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR VERGELY

Professeur de Pathologie et Thérapeutique générales, Officier d'Académie.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549603_0052

AVANT-PROPOS

Pendant notre campagne dans la mer des Antilles, ayant eu l'occasion de voir de près plusieurs cas d'accès pernicieux algides, nous nous sommes attaché à recueillir quelques observations, dont l'étude nous sert de thèse inaugurale.

Nous ne nous sommes pas dissimulé que nous resterions au-dessous de la tâche que nous nous proposions à cause de l'insuffisance de nos connaissances scientifiques ; néanmoins nous y avons apporté tous nos soins, aussi comptons-nous beaucoup sur l'indulgence de nos juges.

Qu'il nous soit permis de témoigner ici toute notre gratitude à M. le Dr Corre, médecin de 1re classe de la marine, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et pour les précieuses notes qu'il a bien voulu nous fournir.

Nous remercions bien vivement tous nos collègues de la marine, qui nous ont procuré de nombreux renseignements.

Nous prions M. le professeur Vergely d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ACCÈS PERNICIEUX ALGIDES

MER DES ANTILLES

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

§ 1er. — *Fièvres dites pernicieuses.*

Sous le nom de fièvres pernicieuses, on a désigné des fièvres, soit continues, soit intermittentes, dont le *processus* est modifié par un élément nouveau, qui prend par sa prédominance dans le groupe symptomatique une importance assez grande pour dominer tous les autres symptômes et imprimer à la fièvre une gravité exceptionnelle. Cet élément nouveau n'est pas une complication, mais une manifestation inhérente à la fièvre elle-même. Ce n'est que la concentration sur un organe du processus morbide.

La question des fièvres pernicieuses est extrêmement difficile à traiter, car on trouve à chaque instant des obscurités et des divergences d'opinions, qui rendent le sujet très ardu.

L'idée de la perniciosité n'a pas été envisagée de la même façon par tous les auteurs. Quelques-uns refusent de l'admettre, d'autres en ont fait une espèce clinique. C'est ainsi que Dutrouleau définit la fièvre pernicieuse : « Une maladie infectieuse de nature

» paludéenne, qui reconnaît pour cause essentielle, un miasme » spécifique résultant de la météorologie des climats torrides sur » le sol de nature palustre. » Mais, dit Laveran, les fièvres dites pernicieuses ne sont pas des espèces morbides distinctes, et ayant pour ainsi dire une existence à part. La dénomination de fièvres pernicieuses ne doit pas être conservée davantage.

Il n'y a pas de fièvres pernicieuses distinctes des fièvres intermittentes ou continues palustres ; il y a seulement des fièvres palustres intermittentes ou continues, que modifient des accidents graves. C'est à ces fièvres modifiées que s'applique l'expression d'accidents ou accès pernicieux (Laveran, *Fièvres palustres*). Suivant l'exemple de Laveran, nous abandonnerons le nom de fièvres pernicieuses, pour y substituer celui beaucoup plus exact d'accès pernicieux.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les fièvres palustres se sont ingéniés pour classer d'une façon méthodique les fièvres dites pernicieuses. — Une des classifications les plus célèbres, est celle de Torti, qui divisait les fièvres en « *solitariæ* », quand la gravité résultait de la continuité ou de l'acuité des symptômes ordinaires, et « *comitatæ* », lorsque la gravité était due à la prédominance d'un symptôme, ou à l'adjonction de phénomènes anormaux.

Les « *comitatæ* » se divisaient en *colliquatives :* (cholérique, dysentérique, atrabilaire ou hémorrhagique, cardialgique, diaphorétique), et en fièvres pernicieuses *coagulatives :* (syncopale, algide, diaphorétique).

Alibert décrit vingt espèces de fièvres pernicieuses dans son traité des *Fièvres pernicieuses intermittentes.*

Maillot rejette les classifications de Torti et d'Alibert, car leur cadre est trop vaste et comprend des fièvres dont la bénignité est évidente (Maillot).

Dutrouleau partage les fièvres pernicieuses en quatre grands groupes : comateuses, ataxiques, algides, bilieuses. Plus récem-

ment on a proposé d'autres classifications, et le Dr Corre, dans son traité des *Fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds,* rejette toutes les subdivisions établies d'après les états de simplicité, de complication ou de perniciosité et range les fièvres dites pernicieuses en deux groupes : 1° fièvres modifiées par états généraux; 2° fièvres modifiées par localisations (fièvres pernicieuses ou compliquées des auteurs).

Une fois admis qu'il n'y a pas de fièvres pernicieuses proprement dites, formant des espèces cliniques à part, mais seulement des modifications des fièvres palustres ordinaires, la classification de ces modifications, auxquelles nous donnons le nom d'accès pernicieux, perd beaucoup de son importance et comme dit Laveran, on peut se contenter d'une énumération par ordre de fréquence.

§ 2. — *Accès pernicieux algides.*

L'accès algide est une des formes les plus importantes et les plus frappantes des accès pernicieux. La tendance algide (Corre, Sénégal) coïncide avec le retour des fraîcheurs d'Ouest le soir et la nuit.

A la fin de l'hivernage (Bérenger-Féraud, Antilles), on voit apparaître d'une manière qui pourrait presque être appelée épidémique, une tendance à l'algidité. Cette tendance est très variable suivant les sujets. Plus accusée et s'aggravant facilement chez les anémiques, elle peut cependant être observée chez les sujets bien conservés jusque-là.

L'accès algide est un de ceux qui ont le plus préoccupé les auteurs. Torti croyait que l'accès algide était produit par une exagération du stade de froid. Même erreur dans Piorry. « L'algidité est » constituée par le frisson, qui devient excessif » (*Médecine clinique,* t. VI, p. 65). Pour Maillot, ce n'est pas la prolongation du

stade de froid, mais l'algidité survenant pendant le stade de chaleur.

» Ce qu'on a décrit sous le nom d'accès algide ne paraît pas » être le résultat d'une augmentation d'intensité, ou d'un prolon- » gement inaccoutumé ; c'est bien, au contraire, un état de col- » lapsus profond, de syncope par faiblesse du cœur. » (Griesinger, *Traité des maladies infectieuses*). Pour le docteur Corre, l'état algide ne serait pas susceptible d'être distingué du collapsus, et celui-ci ne différerait de l'adynamie que par la promptitude avec laquelle il se manifeste. Il produit l'altération des centres nerveux, qui président à la régulation des actes nutritifs, altération tantôt initiale (accès paludéens algides), tantôt secondaire (cours des *fièvres graves*). Dans l'accès pernicieux algide l'abaissement de la température périphérique coïncide avec une élévation considérable de la température centrale : le pouls devient irrégulier et filiforme, la respiration fréquente ; la cyanose, l'aspect de la face indiquent le trouble grave des fonctions nerveuses et les dangers que court le malade (Corre, *loc. cit.*).

Désigné par les médecins anglais sous le nom de fièvre rémittente algide, l'accès pernicieux n'est pas transitoire, et en disant accès algide, on indique un état qui peut persister un temps plus ou moins long sans offrir rien de périodique (Colin).

CHAPITRE II

ÉTUDE — CLINIQUE

§ Ier *Evolution en général. Formes.*

C'est le plus souvent, mais non constamment, après quelques accès de fièvre intermittente que se déclare l'accès pernicieux algide. Il est parfois annoncé longtemps à l'avance par certains symptômes, ou par une acuité plus marquée de certains phénomènes; d'autres fois il débute avec une brusquerie qui déroute toutes les prévisions.

Voici comment l'accès algide peut se présenter d'une manière presque typique :

Un malade entre à l'hôpital avec le diagnostic : « Embarras » gastrique et fièvre, ou fièvre intermittente et anémie. »

Il est courbaturé, éprouve une grande fatigue générale, de la céphalalgie; le pouls est rapide; la respiration dyspnéique, sans toux ni expectoration spéciale. Le facies est fatigué, la langue est saburrale, il y a constipation ou diarrhée, mais plus souvent diarrhée. Le jour suivant, on remarque peu de changement dans l'état du malade ; quelquefois un ou deux accès de fièvre, ou même une période d'accalmie. Puis la température qui, le matin, s'était élevée à 38° ou 39°, tombe le soir à la normale ou même au-dessous de la normale ; la peau est halitueuse, froide au toucher, il y a tendance à l'algidité. L'abattement est grand ; la céphalalgie violente ; le visage est grippé, les yeux excavés, cernés, la respiration dyspnéique, une douleur épigastrique souvent intense. La parole reste nette, mais un peu faible ; l'algidité augmente et la température des extrémités peut tomber à 28° et 27°, la température du tronc étant à 37° ou 36°. En même temps, le

malade accuse une violente chaleur intérieure, qui contraste avec la température extérieure; la peau froide, glacée, couverte de sueurs visqueuses, offre au toucher une sensation de froid très marquée. Le pouls est misérable, petit, filiforme. Les selles quelquefois abondantes, séreuses, contenant des mucosités fétides. L'intelligence est bien conservée, et le malade se voit mourir avec une tranquillité d'esprit tellement extraordinaire, qu'elle peut être considérée comme un symptôme de la maladie.

Lorsque le malade doit guérir, la chaleur revient lentement et s'élève même au-dessus de la normale ; tous les symptômes s'amendent et le malade ne conserve qu'une grande faiblesse et souvent une diarrhée persistante. Mais il est rare que l'accès ait cette terminaison favorable : la prostration augmente de plus en plus et le malade meurt. Après la mort, la température remonte et demeure longtemps à un degré élevé jusqu'à 39° et 40°.

Tous ces symptômes, que nous venons de passer rapidement en revue n'existent pas toujours avec la même intensité. A côté de ces accès sans détermination spéciale, que nous pourrions appeler accès algide proprement dit, et que le docteur Corre attribue à une altération initiale des centres nerveux qui président à la régulation des actes nutritifs. Nous observons aussi une altération secondaire, c'est-à-dire survenant dans le cours de fièvres graves. Alors l'accès pernicieux a revêtu une autre forme et le malade est gravement touché, quand on voit survenir l'accès algide, qui prédomine sur tous les autres symptômes et forme alors le fond pathologique de l'accès pernicieux.

Relatons ici brièvement les quatre observations que nous en avons pu recueillir.

(*Observation V*). B..., soldat d'infanterie de marine, malade depuis deux jours, entre à l'hôpital avec tous les symptômes d'un accès pernicieux diaphorétique : frissons, diarrhée, vomissements et sueurs profuses, le tout accompagné d'un mouvement fébrile

intense. Le surlendemain de son entrée, tendance à l'algidité ; la température s'abaisse, les extrémités deviennent froides et l'accès algide éclate avec tous ses symptômes, puis la réaction se fait et le malade guérit.

(*Observation VI*). M. P... atteint au début d'accès cholériforme, caractérisé par de la fièvre, d'abondantes évacuations séreuses et quelques vomissements. Puis deux jours après, accès algide dominant toute la scène et emportant le malade.

(*Observation VII*). Accès pernicieux comateux : somnolence, assoupissement, fièvre assez forte 40°. Dans la nuit qui suit l'entrée à l'hôpital, chute de la température, refroidissement périphérique et mort dans la soirée du jour suivant en plein accès algide.

(*Observation VIII*). Etat bilieux bien caractérisé ; et au milieu de ces symptômes, apparition de l'algidité ; accès bien caractéristique et grave ; néanmoins la réaction se fait et le malade se rétablit.

§ II. — *Symptômes en particulier.*

Prodromes. — Le début de l'accès algide est fréquemment insidieux et ne peut être fixé par le sujet la plupart du temps. (Berenger-Feraud), ou bien il est précédé par des manifestations prodromiques. Dans ce dernier cas, le malade éprouve plusieurs jours avant l'*éclat fébrile,* du malaise, de la céphalalgie, des bouffées de chaleur, ou bien il présente l'appareil symptomatique de l'état gastrique ou gastro-intestinal (langue saburrale, dégoûts pour les aliments, vomiturition, quelquefois de la diarrhée ou de la constipation). Chez d'autres malades, un accès de fièvre intermittente franche, ou une série d'accès intermitents de type variable ouvrent la scène.

Symptomatologie. — Les symptômes qui se présentent dans le cours de l'accès pernicieux algide sont d'ordre différent.

1° Type fébrile. — Température et Pouls.

Pour le plus grand nombre des médecins, son type habituel est le continu ; d'autres, et parmi eux les médecins anglais (Morehead) qui lui donnent le nom de fièvre rémittente algide, n'admettent que le type rémittent. La température axillaire dans l'accès algide offre une marche variable. Elle décroît rapidement, mais sa connaissance est d'une médiocre importance, excepté au début de l'accès, car alors sa chute rapide peut en faire prévoir la venue. Ainsi tel malade, qui, le matin, offrait 38°5 ou 39°, présentera le soir une température au-dessous de la normale ; cette brusque défervescence doit appeler l'attention du médecin. Quand l'accès est déclaré, elle varie de 36° à 35°. Son ascension indique la réaction, elle croît alors lentement, mais atteint en général un degré élevé.

Après la mort la température remonte et demeure quelque temps stationnaire; elle peut atteindre 39° et 40°.

Aux extrémités le thermomètre peut descendre très bas jusqu'à 28° et 27°, alors que dans l'aisselle, il accuse une température presque normale.

Cependant et c'est là un symptôme subjectif constant, tandis que le paroxysme du froid est très accusé, les malades se plaignent d'une sensation de violente chaleur intérieure, qui semble tout à fait en opposition avec le refroidissement périphérique.

L'examen du pouls fournit de précieux renseignements, comme diagnostic et pronostic. Au moment de l'accès, il devient plus fréquent et en même temps très petit. Au summum de l'accès, il est misérable, filiforme, et si la réaction ne se fait pas, il est à peine perceptible, il semble qu'il y ait arrêt de la circulation.

2° Symptômes présentés par l'habitude extérieure et par la peau.

L'état d'un malade atteint d'accès algide est typique; le facies

est fatigué, les traits sont tirés, amaigris, les yeux excavés et cernés, les lèvres sont décolorées. La prostration augmente progressivement.

La peau des extrémités, froide et recouverte d'une sueur visqueuse, donne à la main une sensation désagréable ; il semble qu'on touche non la peau d'un homme, mais celle d'un batracien (Laveran).

Sur la peau de l'abdomen, de la poitrine et du cou, il existe souvent des sudamina plus ou moins confluents.

3° Symptômes tirés de l'appareil digestif et de ses annexes.

La langue est froide, humide, saburrale. Quelquefois on observe des vomissements, mais en général peu fréquents, et le malade accuse une violente douleur au creux épigastrique. La diarrhée est fréquente, les selles peuvent être abondantes, séreuses, fétides, bilieuses, rarement elles contiennent du sang (excepté dans la forme dysentérique). Dans d'autres cas, c'est une constipation plus ou moins opiniâtre que l'on ne peut réussir à vaincre. Les urines sont parfois rouges et laissent un sédiment ocreux, parfois limpides.

Le foie est augmenté de volume ; la rate est volumineuse.

4° Appareil circulatoire, respiratoire et de l'innervation.

Les battements du cœur sont faibles et parfois ralentis ; on ne perçoit que difficilement le choc du cœur. Il y a quelquefois un bruit de souffle et certains malades ont une tendance marquée aux lipothymies.

Congestion marquée vers certains organes (cerveau, poumons) ; sueurs visqueuses, froides.

L'examen de la poitrine ne révèle que l'accélération des mouvements respiratoires. La respiration est anxieuse et devient de

plus en plus difficile, sans être toutefois très précipitée. Pas de toux, ni de râles bien marqués.

Généralement, l'accès algide s'accompagne d'une grande prostration des forces et il laisse après lui une faiblesse générale très marquée. On observe une céphalalgie intense, souvent des mouvements ataxiques et des crampes. La parole reste nette, mais est un peu faible. L'intelligence est conservée, le malade se sent mourir. « *Mens sola lucidissima est et sentit homo se paulatim mori.* » (Maillot.)

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions que nous allons passer en revue nous sont fournies par deux autopsies de malades, morts d'accès pernicieux algides (1).

A. — Autopsie du nommé B..., soldat d'infanterie de marine, mort d'accès pernicieux algide (Obs. I), faite quatorze heures après la mort.

Habit. extérieure. — Le cadavre est celui d'un homme vigoureux, bien constitué, mais profondément anémié. Larges suffusions hypostatiques, taches violacées au visage ; yeux profondément rentrés dans les orbites.

Abdomen. — Le péritoine est sain.

Intestins. — Aucune altération notable dans le gros intestin, ni dans l'intestin grêle. Les plaques de Payer sont intactes.

Estomac. — Piqueté ecchymotique aux environs du pylore et surtout dans la petite courbure ; quelques-unes aussi vers le grand cul-de-sac.

Les ganglions mésentériques ne sont pas hypertrophiés.

Rate. — Volumineuse ; poids 730 grammes ; gorgée de sang et ramollie en quelques points de la partie supérieure. Coloration brun foncé très notable.

---

(1) Malheureusement les circonstances dans lesquelles nous nous trouvions ne nous ont permis de nous procurer par nous-même qu'une seule autopsie. Mais nous devons à l'amabilité de M. le docteur Corre d'en posséder une seconde très complète et faite soigneusement.

Foie. — Augmenté de volume ; poids 2 kil. 180 gr. Sa coloration est brûnâtre.

Les reins sont un peu congestionnés.

Thorax. — Les deux poumons sont engoués, surtout le droit ; large hypostase à leur partie inférieure.

Cœur. — Le myocarde paraît décoloré ; rien à noter, si ce n'est des caillots sanguins dans le côté droit.

Crâne. — Les méninges sont saines. La substance grise des circonvolutions a une teinte d'un gris plus foncé qu'à l'état normal.

Le sang est poisseux, noirâtre.

L'examen microscopique du sang a démontré que la plupart des hématies ont conservé leur aspect normal ; mais au milieu des hématies, on a trouvé des dépôts pigmentaires.

B. — Autopsie du nommé C..., spahi, mort d'accès dysentérique algide (1). Sujet vigoureux, offrant une médiocre hypostase et les altérations suivantes à l'autopsie.

Stase veineuse aux membranes encéphaliques ; sang poisseux, noirâtre.

Thorax. — Poumons congestionnés surtout à leur partie déclive, marbrés de larges taches noirâtres ou ardoisées, offrant çà et là des dépressions en godets. Petites taches sous-pleurales en pointillé noirâtre, ou rouge vif à la partie antérieure.

Cœur. — Vide, un peu décoloré, de consistance normale.

Abdomen. — Estomac. — Tout le grand cul-de-sac offre une coloration vineuse foncée, formée par un piqueté serré ou par des suffusions sous-muqueuses. Le reste de la muqueuse est très décoloré avec quelques taches brunâtres ou brun rougeâtre ; pas de traces d'érosions, ni de rupture à l'œil nu. L'organe renferme environ deux verres de liquide louche, d'un brun rougeâtre, qui,

(1) Fournie par M. le Dr Corre.

examiné au microscope, montre, au milieu de cellules épithéliales gastriques, d'innombrables corpuscules sanguins. Ces corpuscules, comparés à ceux du sang de la veine cave, sont très sensiblement plus petits; ils ont l'aspect plus sphérique et, en revanche, la dépression centrale peu évidente. Ils sont plus réfringents, très nets d'ailleurs dans leur contour. Pas de vibrioniens. (Le sang des selles devait donc provenir de l'estomac) (1).

Intestins. — Rien de particulier. Leur contenu est un mucus jaunâtre, ou jaune grisâtre, épais, visqueux, composé au microscope de gouttelettes graisseuses, de cellules épithéliales un peu granuleuses, de leucocytes, de quelques globules rouges venus sans doute de l'estomac. On distingue entre ces éléments d'innombrables petits corps allongés en bâtonnets, souvent étranglés, qui n'ont d'autres mouvements que ceux des courants du liquide.

Ganglions mésentériques. — Très tuméfiés pour la plupart.

Foie. — Subglobuleux, couleur foie d'oie, gras, poids 1,700 grammes.

Rate. — De consistance et d'aspect normal; poids 340 grammes.

Reins. — Rien.

Vessie. — Pleine d'urine citrine.

Vésicule biliaire. — Pleine de bile claire et fétide.

Ces deux autopsies ne révèlent que les lésions macroscopiques, et il eût été intéressant d'y joindre une étude microscopique, sérieuse et approfondie, mais les facilités pour cet examen nous ont fait défaut pendant notre campagne.

L'examen des urines a fourni au docteur Corre les renseignements suivants :

(Urines émises dans la nuit qui a précédé la mort).

Urines jaune verdâtre, sales, troubles, à dépôt grisâtre et sale;

---

(1) Nous avons dit que le sujet était mort d'accès pernicieux dysentérique algide.

d'une densité de 1,029; franchement alcalines, donnant une énorme effervescence, sans phénomènes particuliers de décoloration par l'acide azotique.

A l'examen microscopique : peu de cellules épithéliales, beaucoup d'amas de granulations, de corpuscules, ou de petits cristaux prismatiques et autres de nature minérale. Beaucoup de corps arrondis ou ovoïdes, granulo-graisseux, pourvus ou non avec évidence d'une zone transparente, tous à peine teintés en jaune clair. Innombrable quantité de vibrioniens à mouvements ondulants. Ces vibrioniens atteignent des dimensions supérieures à ceux des urines déjà étudiées et cela sans trace de segmentation, ce qui les fait presque ressembler à des anguillules; leurs granulations se groupent en petits pâtés. A un examen plus approfondi, les petits êtres, granules ou bâtonnets, apparaissent agités de mouvements plus variés : de giration, de culbute, flexion, ondulation et de vacillation. Les formes allongées apparaissent aussi augmentées et comme composées de chapelets de granulations dans un grand nombre. Les pâtés et bien des corps sphéroïdes semblent constitués par des agglomérations de ces infiniment petits, agglomérations non d'origine, mais finales. Le sulfate de quinine, même à très forte dose, suspend le mouvement dans les vibrioniens au bout de 3 à 4 minutes, mais les granulations et les bâtonnets le reprennent très vite, du moins pour la plupart. De plus le sel ne condense pas en amas les granulations et les bâtonnets, mais les laisse libres.

Le chlorure d'or (au 50e) ne les tue pas davantage, mais il les condense en partie en amas plus ou moins considérables. Les mouvements sont arrêtés plus rapidement et plus définitivement dans les bâtonnets que dans les granulations.

L'alcool arrête tout mouvement et pour toujours.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Au début de cet article une question se pose tout d'abord ; question capitale et dont la solution affirmative aurait une grande utilité thérapeutique.

Peut-on prévoir un accès algide, ou, en d'autres termes, peut-on diagnostiquer un accès algide, avant l'apparition de l'algidité ?

D'une manière générale, nous sommes obligés de répondre non. Les accès pernicieux algides sont parfois annoncés longtemps à l'avance par certains symptômes ou par une acuité plus marquée de certains phénomènes, d'autres fois aussi ils débutent sans aucun signe prémonitoire.

Nous avons dit que l'accès algide se développait souvent dans le cours d'une fièvre intermittente. Aussi tout symptôme anormal dans le cours d'un accès doit éveiller notre attention et diriger notre thérapeutique (Griesinger).

Quand on est appelé à donner ses soins à un malade, qui, avec un ou plusieurs accès de fièvre, présente de la respiration dyspnéique, un épuisement considérable, un faciès grippé, une céphalalgie intense ; que le pouls est petit, filiforme, que la température a des rémissions brusques, on doit redouter un accès pernicieux.

Nous le répétons, si ces symptômes se trouvaient réunis et bien marqués ils constitueraient une forte présomption et le médecin devrait se tenir sur ses gardes. Mais il est rare qu'il en soit ainsi, et ce n'est qu'avec la plus grande attention que l'on peut saisir même le début de l'accès pernicieux.

Une fois l'accès confirmé, le diagnostic est facile, et, ici, l'aspect

général du malade, la marche de la température, l'état du pouls, l'algidité croissante seront des signes suffisants pour l'établir.

Il existe quelques indications qui peuvent guider le clinicien et lui faire craindre l'accès pernicieux, « car, il ne faut pas oublier que les fièvres pernicieuses ne se développent habituellement que dans certaines conditions assez bien déterminées. » (Léon Colin.) Ces indications sont fournies.

1° Par la provenance et par les antécédents morbides des malades; 2° par la saison dans laquelle les accidents se produisent. Nous savons que les malades atteints d'accès pernicieux viennent souvent de localités particulièrement insalubres, dont le médecin, qui exerce dans un pays, apprend vite à se défier. Les accès pernicieux algides ne s'observent guère que chez des individus ayant eu antérieurement quelques accès de fièvre intermittente et débilités par le paludisme. La connaissance des antécédents morbides présente donc une grande importance. Les accès algides se rencontrent rarement en dehors de la période endémo-épidémique et c'est à la fin de l'hivernage aux mois de septembre et d'octobre que prédominent ces accès.

On a invoqué aussi, comme pouvant aider le diagnostic, l'état fébrile des malades; la période de collapsus est précédée d'un stade fébrile pendant lequel la température s'élève. Nous remarquons bien dans nos observations une ascension thermométrique, mais ce symptôme n'est pas toujours très appréciable.

Un accès pernicieux cholériforme algide peut être confondu avec le choléra.

Torti avait déjà dit que la plupart des fièvres pernicieuses devaient être rapportées à deux états distincts : la colliquation et la coagulation. L'accès cholériforme algide présente à la fois ces deux grands symptômes, qui constituent pour lui une remarquable ressemblance avec le choléra.

Il convient donc d'établir un tableau clinique comparatif :

Accès cholériforme algide.	Choléra.
Existence d'accès fébriles dans les jours précédents.	Pas d'accès de fièvre, au moins les jours précédents.
	Diarrhée prémonitoire.
Brusquerie du début ; frissons, (caractères qui sont propres à l'accès algide). — Symptômes tout de suite graves. Céphalalgie.	Début moins brusque et ayant lieu par refroidissement progressif sans frissons ; pas de céphalalgie.
Vomissements bilieux et verdâtres.	
Selles séreuses contenant des mucosités fétides.	Selles plus copieuses, riziformes.
Marche plus rapide : réaction plus rapide et plus franche, et accompagnée de sueurs.	Marche plus lente, réaction souvent hésitante et plus longue à se produire. Pas de sueurs.

Mais il arrive souvent que les symptômes ne sont pas assez nettement tranchés et assez bien groupés pour que le diagnostic soit précis et on hésite souvent (Deschamps), surtout en Cochinchine où la forme choléríforme algide est très fréquente. Le début peut être insidieux ; en outre, dans les cas les plus graves d'accès choléríforme aigide, la réaction est hésitante parfois et parfois incomplète. Et puis le choléra peut atteindre des individus sujets à la fièvre intermittente et l'existence d'accès antérieurs, comme moyen de diagnostic, induirait évidemment en erreur dans ces cas, si l'on y attachait une trop grande importance.

L'accès algide dysentérique pourrait à cause de la nature des selles être confondu avec la dysenterie. Mais le ténesme anal et vésical est fréquent dans la dysenterie et rare dans les accès algides dysentériques, et si la dysenterie s'accompagne de fièvre, ce qui est assez fréquent, elle ne se complique pas d'algidité, ou

du moins ce n'est que dans les cas extrêmes et par le fait d'une péritonite par perforation.

Pronostic. — Parmi les accès pernicieux, (Laveran) après la syncope, c'est l'accès algide qui présente le plus de gravité. « Si j'avais à établir une échelle de gravité entre les diverses *pernicieuses comitées*, écrit Léon Colin, (*Traité des fièvres intermittentes*), je les classerais dans l'ordre suivant en commençant par les plus bénignes : cholérique, ictérique, comateuse, délirante, cardialgique, algide, syncopale. »

Les observations que nous possédons confirment ce sévère pronostic : sur huit cas, trois malades seulement ont guéri.

Les prédispositions individuelles et l'absence d'un traitement convenable paraissent jouer un très grand rôle dans la marche de la maladie. Les individus qui ont fait des excès alcooliques; ceux dont la constitution est débilitée par des maladies antérieures, par des privations ou de grandes fatigues, offrent une résistance moindre; chez eux le collapsus est rapide et la réaction se fait plus difficilement. Les accidents ont malheureusement une marche si rapide dans beaucoup de cas, que l'intervention médicale est trop tardive et par suite impuissante.

Le pronostic dépend aussi beaucoup de la violence des symptômes et lorsqu'un accès grave a pu se terminer avec la conservation de la vie, il laisse presque toujours après lui un état adynamique marqué qui menace l'existence; le malade reste exposé aux récidives et à une foule de maladies.

Terminons en disant avec Collin, que l'on ne doit jamais désespérer devant la gravité des symptômes, car un des caractères spéciaux des accès pernicieux algides, c'est quelquefois leur rétrocession subite.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

L'accès pernicieux algide reconnaît pour cause, comme toutes les fièvres intermittentes, l'infection malarienne. On le rencontre là seulement où existent les conditions de l'intoxication spéciale qui constitue celle-ci (marais, sols détrempés, terres remuées, etc.). Mais si l'influence malarienne détermine l'affection, l'action climatique ou météorologique donne à celle-ci des caractères propres, sans lesquels la maladie serait sans doute réduite à la forme indifférente de l'empoisonnement palustre.

Dans les pays chauds, au cours de la saison fraîche, qui est aussi celle de la moindre humidité entre les tropiques, les fièvres malariennes sont franchement intermittentes. C'est dans l'automne que les accès pernicieux offrent le plus de mortalité, et les mois de septembre et d'octobre sont particulièrement néfastes, plus rarement la fin de l'été.

Les accès pernicieux algides se rencontrent sur toutes les rives que baigne la mer des Antilles (1). « Aux Antilles, quoique moins fréquents que la fièvre ardente, on les voit pourtant apparaître à chaque période endémique dans les foyers de fièvre les plus intenses. » (Dutrouleau). Ces accès s'observent surtout chez les hommes adultes, mais ils ne sont pas rares chez les femmes, et on en a vu aussi chez les vieillards. Les nègres passent pour y être moins sujets que les blancs ; mais, dans cette différence de statistique,

---

(1) Nous en exclurons cependant parmi les Antilles françaises : les îles Saint-Barthélemy et Saint-Martin, où la santé est excellente : on y meurt de vieillesse..... — Avantage compensé par l'aridité de ces îles.

dit Rufz de Lavison, il faut tenir compte de l'attention moindre donnée à leurs maladies.

Ces accès algides sont moins fréquents qu'au Sénégal ; mais, d'après Saint-Vel, ils viennent cependant, à ce point de vue, immédiatement après les accès comateux, qui sont de beaucoup les plus communs. Et il ressort des études comparatives, qui ont été faites, que les accès pernicieux ne paraissent pas présenter aux Antilles une différence quelconque d'avec ceux des autres pays paludéens, du Sénégal par exemple.

On les observe aussi à la Guyane, où ils ont été décrits par Laure (*Considérat. pratiques des maladies à la Guyane*).

Le côté nord de l'Amérique du Sud serait moins éprouvée mais nous rencontrons encore ces accès à l'embouchure de la Magdalena, Porto-Cabello, et autour du lac de Maracaïbo. Sur les côtes de Colombie et surtout dans l'isthme de Panama, leur fréquence est grande. Pendant notre séjour à Colon-Aspinwall, nous avons pu juger de l'effroyable mortalité qui existe parmi les travailleurs qu'emploie la Compagnie de Panama. Et dans le groupe des nombreuses fièvres qui règnent en maîtresses sur tout le parcours du futur canal, de Colon-Aspinwall à Panama, l'accès pernicieux algide occupe un bon rang. On l'y rencontre dans toutes les saisons; mais en automne, à la fin des pluies hivernales, il sévit d'une façon si continue, et fait de si nombreuses victimes, que l'on peut vraiment le considérer comme endémo-épidémique à cette époque de l'année.

Pour les accès algides, comme pour toutes les autres fièvres, les causes prédisposantes peuvent être imputées à un état morbide antérieur qui a débilité l'économie, et en particulier, à l'anémie si fréquente dans les pays chauds ; aux privations, à la mauvaise qualité et à l'insuffisance de l'alimentation, au manque de confort hygiénique.

Les influences météorologiques impressionnent fortement l'orga-

nisme. L'exposition prolongée en plein soleil peut être considérée comme une cause occasionnelle ou adjuvante de l'accès algide : l'influence néfaste des insolations a été signalée maintes fois. Les excès alcooliques, dangereux sous tous les climats, le sont bien plus dans la zone torride. On voit fréquemment chez les gens, qui ont fait un excès de boisson, survenir des accès pernicieux comateux et bien souvent algides. En tout cas, si l'action de l'alcool n'est pas immédiate, elle concourt puissamment à amoindrir la résistance de l'organisme à l'infection. Quant à l'algidité qui imprime à l'accès pernicieux son caractère clinique particulier, elle est la conséquence d'une *sollicitation* spéciale, sollicitation d'*origine* climatique (chaleur et humidité) déterminant un trouble dans l'organisme, ou d'*origine* infectieuse (modalité propre à l'agent malarien) déterminant une altération des centres nerveux qui président à la régulation des actes nutritifs et peut-être dérivée d'une idiosyncrasie acquise (constitutions débilitées).

CHAPITRE VI

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

§ A. *Prophylaxie.*

La prophylaxie générale est celle de toutes les maladies palustres ; nous n'avons donc rien de particulier à signaler dans le cas d'accès algide, aussi nous la laisserons de côté.

La prophylaxie individuelle présente un tout autre intérêt au point de vue de la genèse des accès qui nous occupent. Aux individus qui peuvent régler leur hygiène en toute liberté (1), il convient d'indiquer les considérations suivantes.

Nous savons que les accès algides se présentent surtout en automne ; aussi, quand on est obligé de séjourner pendant la période endémo-épidémique dans les foyers palustres, il faut s'astreindre à des règles sévères qui, bien comprises et bien suivies, peuvent avoir une efficacité incontestable.

On évitera de fréquenter les principaux foyers du paludisme et surtout d'y séjourner la nuit : tels sont les bords des marais et les rives fangeuses des rivières. S'abstenir autant que faire se peut, d'entreprendre à cette époque des travaux de défrichement, de culture, de terrassement.

L'eau, qui sert de boisson, doit être dans les localités palustres et pendant la période endémo-épidémique l'objet d'une scrupuleuse

---

(1) Dans un corps de troupes, c'est aux chefs qu'il appartient de préserver les hommes placés sous leurs ordres, contre les influences nocives du climat par une surveillance attentive de leur hygiène individuelle.

attention. Si on ne peut se procurer des eaux parfaitement pures, si on est obligé de boire de l'eau de citerne, il faudra se résigner à ne boire que de l'eau filtrée ou bouillie.

Le quinquina et le sulfate de quinine à petites doses ont été administrés souvent à titre de médication préventive des fièvres palustres, et on peut dire que cette médication a donné en général d'excellents résultats. C'est une vérité généralement admise que la quinine, administrée tous les jours à petites doses, préserve souvent de la fièvre ceux qui séjournent dans les centres palustres (Van Buren). Dans la marine, depuis longtemps, cette pratique est admise. Nous en avons vu faire l'épreuve pendant le séjour du croiseur le « *Talisman* » sur les côtes de Colombie, et nous croyons fortement à l'efficacité de ce moyen préventif.

On évitera surtout pendant la période endémo-épidémique les grandes fatigues, les excès de toutes sortes, les refroidissements et aussi l'exposition prolongée en plein soleil : on fera usage d'une médication tonique.

Les sorties n'auront lieu qu'aux heures du jour où la température est la moins élevée ; ou, si elles sont rendues nécessaires au moment de la forte chaleur, on atténuera leurs dangers par l'usage d'une vestiture convenable, d'une coiffure légère et aérée, du parasol et, si possible, de conserves à verres foncés. Dans les pays chauds, on semble trop oublier que l'on prend la fièvre par les yeux, c'est-à-dire que la fièvre succède souvent à l'ébranlement et à la congestion du cerveau par l'appareil optique trop vivement impressionné (Corre).

On aura soin d'éviter tout excès dans le travail, comme aussi dans l'alimentation. Le régime alimentaire doit être sévèrement dirigé. La nourriture doit être abondante et fortifiante sans excès. Pas d'excès de boissons.

Les personnes, qui ont déjà eu une ou plusieurs atteintes de fièvre intermittente, devront redoubler de précautions pour éviter

une rechute toujours à craindre, surtout si l'anémie est persistante. Elles feront sagement de prendre du vin de quinquina, ou de l'arsenic, ou bien encore de se soumettre à un traitement hydrothérapique, et au moindre malaise de recourir au sulfate de quinine.

§ B. — *Traitement.*

L'accès pernicieux algide nous paraît être de tous les accidents pernicieux celui qui réclame la médication symptomatique la plus énergique.

Par tous les moyens, il faut hâter l'arrivée de la réaction, parce que la prolongation de l'état algide même peu marqué affaiblit beaucoup le malade.

Aussi bien dans l'accès algide que dans les fièvres intermittentes simples, c'est au quinquina que le traitement doit surtout s'adresser. C'est, en effet, l'agent véritablement curatif de ces affections, et si d'autres médicaments doivent parfois être prescrits en même temps, c'est seulement à titre d'auxiliaires de cet agent principal, ou comme modification de certains symptômes secondaires.

Quant au mode d'administration, nous pensons qu'il vaut toujours mieux donner la quinine par la bouche, en poudre dans du pain azyme, en pilules fraîches, dans du café. Si le médicament était bien toléré, il serait préférable, en général, de prescrire le médicament en solution. Dans des cas spéciaux, état gastrique ou bilieux, vomissements rebelles, complication cérébrale, on fera absorber le médicament par le rectum. Les lavements quininés, donnés sous un petit volume, sont assez bien conservés, excepté dans le cas de diarrhée abondante.

Dans les mêmes conditions et dans les complications dysentérique et cholériforme, on donnera la préférence à la voie hypo-

dermique ; en injectant sous la peau une ou plusieurs seringues de Pravaz, contenant une quantité convenable de solution de sulfate de quinine (1). Les injections hypodermiques ne sont pas sans inconvénients (Nielly, Pathologie exotique) ; elles nécessitent l'emploi d'une assez grande quantité de véhicule aqueux et par suite des piqûres multiples ; il est vrai que la quinine doit être administrée par cette voie à dose beaucoup plus faible, le quart, la moitié des doses gastriques ou rectales. Elles ont, en outre, occasionné des abcès, des phlegmons sous-cutanés ; mais, malgré tout, il faut y recourir dans les cas pressants et ne s'inquiéter que des résultats antipyrétiques à obtenir.

Les stimulants et les excitants sont, après les préparations quiniques, les agents auxquels il convient le plus de s'adresser dans les cas d'accès algides.

Stimulants externes. — Agir promptement et vigoureusement contre l'algidité par l'enveloppement dans une couverture ou un drap imprégnés d'eau de moutarde (Nielly) ; on pratiquera des frictions sèches, ou bien des frictions excitantes à l'aide du liniment volatif camphré, avec l'essence de térébenthine. Promener des sinapismes sur les jambes et les bras.

Stimulants internes. — Prescrire des boissons chaudes, le thé punché, l'alcool, l'eau de mélisse, les alcoolats aromatiques ; les stimulants diffusibles, l'éther, l'acétate d'ammoniaque sous forme de potions ; ou mieux encore, on prescrira des injections hypodermiques d'éther, 2 à 4 grammes d'éther sulfurique.

Dans les cas de vomissements, les vomitifs au début et spécialement l'ipéca, comme le conseille Dutrouleau, ont rendu quelques services. Leur action difficile à expliquer, est sans doute substitutive, elle est réelle en tous cas et efficace ; administrer des purgatifs salins et huileux contre les accidents diarrhéiques et dysentériques.

---

(1) Employer le bromhydate de quinine, qui ne donne pas d'eschares.

D'une façon générale, l'accès pernicieux algide étant une maladie de nature palustre, nous répétons que c'est à la quinine que devra s'adresser le traitement. Les doses de ce médicament varieront suivant la gravité des cas, et c'est aussi suivant les mêmes conditions que l'on devra faire varier l'administration des autres médicaments agissant comme adjuvants ou auxiliaires.

A la suite des accès pernicieux algides la constitution reste un certain temps ébranlée par la secousse et affaiblie. Aussi, conseillons-nous de soumettre le malade à un régime fortifiant et à un traitement tonique. Il serait même bon, si c'est un Européen, de le renvoyer dans son pays natal.

En tout cas, et à cause des fréquentes récidives, on devra exercer, surtout au début, une active surveillance qui ne pourra se ralentir que petit à petit et cesser seulement, quand le malade ayant retrouvé toute la vigueur de sa constitution, aura été plusieurs mois sans présenter à l'observation un seul accès de fièvre intermittente.

OBSERVATION I.

Accès pernicieux algide. *(Mort.)*

Le 15 septembre 1885 entre à l'hôpital de Fort-de-France le nommé B..., âgé de 22 ans, soldat d'infanterie de marine. Depuis vingt mois à la Martinique, cet homme, d'une constitution assez forte, a eu déjà plusieurs accès de fièvre intermittente.

Il est envoyé à l'hôpital pour fièvre intermittente et anémie.

Apyrexie à l'entrée. Malade depuis trois jours, B... se plaint de courbature, de douleurs épigastriques. Le facies est fatigué; la respiration un peu dyspnéique. Constipation depuis trois jours.

Eau de sedlitz 2 verres.

Pot. } extr. quinquina 4 gr. T^re de cannelle 2 gr.

Tilleul.

16 septembre : Température axillaire 37° 8. Le malade est agité. Respiration anxieuse ; à l'auscultation, on trouve aux bases et en arrière de l'obscurité et une tendance à la rudesse. Pouls rapide à 120.

Tilleul. Potion ut supra. — S. quinine 0, 60.

17 : Le malade n'a pas dormi. Grande faiblesse ; visage grippé, yeux excavés et cernés. La peau est froide surtout aux extrémités. Temp. axil. 36° 6. — Temp. des extrémités supérieures 34°, des membres inférieurs 30°
Pouls à 108, petit, presque filiforme.

S. de quinine 1 gr. — Pot. ut supra. — Thé punché.
Frictions stimulantes sur tout le corps.

Soir : Temp. axill. 36°. Respiration plus anxieuse.
Refroidissement considérable des extrémités.

Lavement quininé 1 gr. — Sinapismes.

Dans la soirée, la respiration devient de plus en plus difficile ; la voix se casse et s'éteint. Traits grippés. Légère cyanose. Malgré les frictions et les sinapismes et une potion alcoolisée, le malade ne peut se réchauffer. Les extrémités sont glacées : Temp. des membres supérieurs et inférieurs 30. temp. axillaire 36°. Le malade éprouve une chaleur interne très vive.

Mort à 8 heures du soir, sans convulsions.

Son autopsie a été faite (voir page 16).

OBSERVATION II

Accès pernicieux algide. (*Guérison*).

Th... soldat d'infanterie de marine, âgé de 23 ans, depuis 7 mois à la Martinique.

Malade depuis 5 jours « Embarras gastrique et fièvre. »

Il a été traité à l'infirmerie, où on lui a administré un vomitif. Après cet évacuant, légère détente, puis dans la soirée, reprise de la fièvre, T. 38° 8.

Envoyé à l'hôpital le 25 septembre 1884.

25 septembre : Dans la soirée accès de fièvre modéré. T. 39° 5. Se plaint d'un violent mal de tête.

Limonade citrique. — S. de quinine 1 gr.

26 septembre : Chute de la fièvre, mais céphalalgie persistante.

Soir. Fièvre modérée 38°. La tête est brûlante, congestionnée. Eruption de nombreux sudamina sur la poitrine.

Nuit agitée. T. 37°.

27 septembre : Temp. axill. 37°. Pouls petit à 84.

Soir. Temp. 36° 6. Poussée de sudamina. Les extrémités sont glacées et couvertes d'une sueur visqueuse. Sensation de forte chaleur interne. Pouls à 76, filiforme.

Frictions énergiques.

Potion... { Sulfate de quinine..... 1 gr.
Acétate d'ammoniaque .... 4 gr.
Rhum..... 40 gr.
Tre cannelle..... 2 gr. }

Thé chaud punché.

Toute la nuit l'algidité continue. Au matin, sous l'influence d'une stimulation énergique, le malade reprend un peu de chaleur.

28 septembre : Dans la matinée, la chaleur revient peu à peu.

Pouls un peu relevé 68. Temp. axill. 37°, à 10 heures du matin.

S. quinine 1 gr. — Thé punché.
Même potion.

Soir. Temp. 38°8. Le malade a eu une selle abondante diarrhéique. Urines normales. La chaleur est revenue et le malade accuse un mouvement fébrile prononcé.

Cependant grande faiblesse et facies très fatigué.

29 septembre : Le mieux continue.

Th... s'est complètement remis, mais a conservé pendant plusieurs jours une grande faiblesse.

OBSERVATION III

Accès pernicieux algide. (*Mort.*)

P... gendarme, âgé de 27 ans : 11 mois de colonies. Il raconte qu'après une tournée et un séjour prolongé au soleil, il a été pris de frissons répétés.

Il est malade depuis 6 jours : Embarras gastrique avec fièvre et forte céphalalgie.

Entré à l'hôpital de Cayenne le 5 octobre 1884. Le malade est inquiet; il se plaint de vertiges, et a des bourdonnements d'oreilles. Visage fortement coloré. Céphalalgie intense. Pouls fréquent à 108. Temp. axill. 38°5. Il a la respiration courte, dyspnéique. A l'auscultation on ne trouve rien d'anormal, sinon un peu d'obscurité aux bases.

Langue saburrale; soif vive; anorexie ; un peu de diarrhée.

Eau de Sedlitz 2 verres.
Pot. Ether..... 4 gr.
Sinapismes. — Lotions froides.

6 octobre. La nuit a été agitée. Rêvasseries. Peau chaude et couverte de sueurs. Temp. 39°8. Sa parole est traînante; la face très congestionnée; la respiration est toujours soporeuse. Pouls à 100.

Thé chaud. — Sulf. de quinine 1 gr.
Pot. éther..... 4 gr.
Sinapismes.

7 octobre : Hier soir vers 8 heures, la dyspnée a augmenté.

Prostration. Visage grippé. Yeux enfoncés et cernés. Mouvements convulsifs. Refroidissement des extrémités.

Temp. du tronc 37° 5.

Au matin, le refroidissement a gagné tous les membres.

(Temp. 30°). Température axilliaire 35°.

Lavement avec S. de quinine 1 gr.
Frictions sèches et énergiques.
Pot. ext. de quinquina 4 gr. et rhum 80 gr.

Midi. Même état. Mort à 1 heure de l'après-midi. Après la mort la température a remonté.

OBSERVATION IV

Accès pernicieux algide. (*Mort.*)

H..., 24 ans, brigadier d'artillerie de marine, entre à l'hopital de Basse-Terre, le 25 août 1882. A la Guadeloupe depuis trois mois; il se dit malade depuis deux jours, mais il a continué son service jusqu'au moment de son entrée à l'hopital.

A son entrée, pas de fièvre, mais malaise général et courbature.

Limonade Eau de Sedlitz 2 verres.

Soir. Temp. 38°. Céphalalgie. Plusieurs selles après le purgatif.

26 août : Nuit agitée. Rêvasserie et vive douleur de tête.

Temp. 38°3. Pouls 78. Langue humide, grisâtre. Quelques selles liquides. La face est congestionnée.

Soir. Temp. 39°. Pouls 100.

Limonade S. quinine 0,75.

27 août : Pas de fièvre, 37° 2. Pouls 64. Violent mal de tête et quelques sueurs dans la nuit.

Limonade. S. quinine 0,75.

Soir. Temp. 39, 8. Pouls fréquent 104. Malade très agité; facies fatigué; traits tirés.

28 août : La nuit a été mauvaise. Après avoir été agité toute la soirée, vers quatre heures du matin, le malade est tombé dans une prostration excessive. Céphalalgie continue; facies cyanosé. La température est tombée à 37, 5. Le pouls est misérable et fréquent, la respiration embarrassée. Plusieurs selles diarrhéïques, séreuses. Refroidissement progressif de tout le corps, mais surtout marqué aux membres supérieurs et inférieurs. Temp. axiliaire 36°.

Injection de 1 gr. 50 de sulfate de quinine.
Pot. rhum 60 gr. T^re^ de cannelle 3 gr. Ether 4 gr.
Frictions sèches. Sinapismes.

11 heures du matin. — Malgré les sinapismes et les frictions, le refroidissement gagne de plus en plus. La peau décolorée est couverte de sueurs

froides. La temp. aux extrémités n'est que de 29°. Temp. axillaire 35°. Cependant H... accuse une chaleur interne intolérable. Prostration très forte.

Midi. — La dyspnée semble avoir cessé.

Frict. sèches.
Pot. ut supra.
Lavement avec 1 gr. de S. de quinine.

Mort à deux heures du soir.

OBSERVATION V.

Accès pernicieux algide et diaphorétique. *(Guérison.)*

B..., soldat d'infanterie de marine, est apporté à l'hôpital de Cayenne le 20 octobre 1883.

B... est à la Guyane depuis huit mois; il a été atteint à plusieurs reprises d'accès de fièvre intermittente et est légèrement anémié. Le 19 octobre, le malade s'est présenté à la visite du matin avec de la fièvre. Il n'y avait à ce moment aucun symptôme pouvant faire prévoir un accès pernicieux. Le médecin du corps prescrivit 1 gr. de sulfate de quinine en deux doses. Dans l'après-midi, B... est mal à l'aise, il a ressenti de violents frissons. Dans la soirée, diarrhée, vomissements, coliques. Le tout accompagné d'un mouvement fébrile intense. Sueurs très abondantes inondant entièrement le lit du malade.

20 octobre : A son entrée à l'hôpital, B... est extrêmement faible, il peut à peine parler. La peau est couverte d'une sueur abondante et visqueuse. Bruit de souffle anémique au cœur. Rien à l'auscultation, quoique la respiration soit un peu dyspnéique. Langue chargée et fuligineuse. Le ventre est douloureux à la pression et donne dans la fosse iliaque droite une sensation de gargouillement. Le malade se plaint d'un mal de tête violent; anorexie; soif vive. Pouls à 160. Peau très chaude. Temp. axill. 40°. Selles nombreuses.

Frictions générales et stimulantes.
Pot. de Todd sucrée avec sirop de quinquina.
S. de quinine 1 gr. 50 en trois doses.

21 octobre : Au moment de la visite l'état du malade n'est pas sensiblement modifié. Le pouls est à 120, il est très vif. Temp. axill. 37°,2. La chaleur de la fièvre fait place à un froid excessif occupant les membres ; les sueurs sont de plus en plus abondantes et glacées. Le malade est très faible. Douleurs de tête violentes ; les selles ont un peu diminué de nombre.

Thé punché très chaud.
Frictions stimulantes sur tout le corps.
Sulfate de quinine 1 gr. en trois prises.
Lavement avec sulf. de quinine 0,50

22 octobre : L'état du malade est plus satisfaisant. Les sueurs ont beaucoup diminué ; les extrémités sont moins froides et la réaction tend à se faire. Temp. axill. 37° La diarrhée est supprimée. B... répond assez bien aux questions.

Bouillon, Thé punché.
Sulfate de quinine 1 gr.

A la contre-visite du soir, B... se trouve mieux. La peau est plus chaude. La temp. axill. 38°

23 octobre : Le mieux continue les jours suivants, mais B... conserve pendant plusieurs jours une faiblesse assez grande.

OBSERVATION VI.

Accès pernicieux cholériforme avec état algide. (*Mort.*)

M. William P..., Français d'origine, tombe malade le 20 mai 1885. M. P..., âgé d'environ vingt-huit ans, est employé au canal de Panama depuis quatorze mois ; il est d'une forte constitution, mais un peu affaibli par des accès de fièvre intermittente. Depuis la veille, le malade est indisposé ; quelques frissons, anorexie, soif vive, langue saburrale. On lui administre un vomitif. Après cette évacuation un peu de mieux s'est produit.

21 mai : Vers cinq heures du matin, après une nuit agitée, les frissons, nausées recommencent.

Dans la nuit du 21 au 22 mai, vomissements et fièvre violente. Le

malade, sur les conseils d'une personne étrangère, s'administre un purgatif. Les évacuations sont très fréquentes, séreuses (17 à 18 fois), et en même temps très abondantes. Le malade tombe dans une faiblesse excessive.

23 mai : C'est à ce moment que M. le docteur L... est appelé auprès du malade. Il trouve M. P... dans un état d'agitation extrême. Yeux excavés et profondément enfoncés dans l'orbite ; facies décoloré. Langue humide et un peu chargée. Plusieurs selles dans la journée. Temp. axill. 38°.

24 mai (au matin) : Violent mal de tête et quelques sueurs dans la nuit précédente. — Temp. 37°5. Pouls à 80. Urines rougeâtres, un peu muqueuses, à réaction acide à peine marquée.

Limonade. — S. de quinine, 1 gramme.

24 (au soir) : Le malade éprouve une violente douleur au ventre, à la tête, et se plaint d'une chaleur interne très intense. T. axill. 36°5. Les membres sont glacés et couverts d'une sueur visqueuse. Pour les membres supérieurs ce froid ne remonte pas au-dessus du coude, où brusquement il fait suite à une chaleur intense. Pour les membres inférieurs cette algidité ne va pas au-dessus du mollet, au niveau duquel il est remplacé par une forte chaleur.

Les artères temporales battent avec violence. Le front est rouge, les sclérotiques sont injectées, ce qui contraste avec l'extrême pâleur des joues.

Pouls petit, mais extrêmement rapide ; cœur tumultueux et rapide. La respiration est un peu dyspnéique.

Quelques vomissements bilieux. Ventre douloureux. Les selles sont incessantes. Le malade va sous lui presque à chaque minute. Déjections fétides, bilieuses.

Urines rouges, laissant un dépôt ocreux abondant.

Traitement :

Pot. ext. de ratanhia 4 gr.
S. de quinine 2 gr. en 3 doses.

Frict. excitantes sur les membres avec le liniment ammoniacal camphré.

7 heures à 10 heures du soir. Les symptômes s'aggravent notablement.

L'algidité a gagné de proche en proche les membres supérieurs et inférieurs jusqu'à leur racine.

Frict. excitantes fréquemment répétées.

25 mai, 8 heures du matin : temp. axill. 37°. Pouls misérable et fréquent.
L'algidite est générale, cependant la tête est brûlante.
Diarrhée arrêtée depuis 6 heures du matin.
Prostration excessive. Céphalalgie très forte.
Toujours la sensation de violente chaleur interne.
Parole faible. Intelligence assez bien conservée.

Potion de Todd sucrée avec sirop de quinquina.

11 heures. Mort.
L'autopsie n'a pu être faite. Décomposition rapide du cadavre.

OBSERVATION VII

Accès pernicieux comateux avec état algide. *(Mort.)*

M. A..., 30 ans, homme vigoureux, travaillant depuis 6 mois pour la Compagnie de Panama, à la station de Bohio-Saltado sur le canal.
Est atteint depuis 15 jours de fièvre intermittente.
Mal soignée la maladie a fait de rapides progrès.
Est apporté à l'hopital de Panama en septembre 1884.
A son entrée M. A... est très faible. Anxiété précordiale, somnolence. Le malade n'a pas conscience de son état. Temp, 40°. Pas la moindre lésion nulle part.
Pas de signes thoraciques ou abdominaux. Constipation.
Soir. Temp. 39° Même état.

Lavement avec pulpe de Casse.
Sulfate de quinine 1 gr. 50 en inject. hypodermiques.
Pot.; extr. de quinquina 4 gr.
Thé avec infusion de feuilles d'Eucalyptus.

19 septembre : La nuit a été mauvaise. Refroidissement périphérique augmentant progressivement. Vomissements verdâtres.
Temp. 36°6. Pouls à 76, petit, filiforme.
Les yeux sont enfoncés dans les orbites.
Très grande prostration.

Sulfate de quinine 2 gr.
Frict. stimulantes.
Thé chaud ut supra.

Soir. L'algidité est complète.

Mort à 6 heures du soir. Après la mort, la température a remonté à un haut degré thermométrique (41°).

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION VIII

Accès pernicieux bilieux avec état algide. (*Guérison.*)

M. B..., professeur à la Basse-Terre (Guadeloupe), âgé de 32 ans, né dans le Midi de la France, mais depuis 5 ans aux colonies. De grande taille et d'une constitution autrefois bonne, mais aujourd'hui débilitée et anémiée.

(A contracté la mauvaise habitude de prendre beaucoup d'alcool sous forme de grogs et de cock-tails).

Depuis quelque temps ne mange plus, se plaint de l'estomac et éprouve un malaise général.

Vendredi 30 août : Par une forte pluie d'hivernage, le malade est sorti, s'est beaucoup fatigué et est rentré chez lui mouillé. Rentré chez lui, dit-il, il a été pris de malaise, de frissons, et son état n'a fait que s'aggraver jusqu'au mardi 2 septembre.

2 septembre : M. B... a une fièvre très vive, la temp. axillaire est de 40° le matin et 39°2 le soir.

Les téguments et les sclérotiques ont une teinte ictérique très foncée. Il répond bien aux questions, mais est abattu, nerveux.

Les gencives sont fuligineuses.

Langue rouge, fendillée à la pointe.

Traitement.

Sulfate de quinine 1 gr. 50.
Calomel 1 gr. à prendre le 3 au matin.
Limonade citrique.

3 septembre : Tête lourde. Le malade lutte sans cesse contre une profonde envie de dormir.

Deux vomissements bilieux dans la nuit. Temp. 38 .

Soir. Temp. 37 . Sueurs visqueuses. Pouls rapide 120, mais très petit. Tendance à l'algidité.

Les avants-bras et les mains sont algides; les bras sont assez chauds. Les pieds sont glacés. Le malade se plaint cependant d'une chaleur insupportable. Temp. axilliaire 36.

Rien du côté du thorax, ni à l'auscultation, ni à la percussion.

La langue est sale et noire, fuligineuse. La bouche est sèche. Les urines sont rares et rouges.

Dans la région hépatique, la percussion dénote une augmentation notable du foie.

4 septembre, dans la nuit : Il y a eu des vomissements abondants, mais depuis ils ne se sont pas reproduits. Le malade dit pourtant qu'il a eu encore quelques nausées.

Pouls petit, filiforme à 100. Temp. 36 6.

Peau décolorée, couverte de sueurs froides. Sensation de froid très marquée au toucher.

Il y a eu un commencement d'anesthésie.

Les selles sont noires, fétides, bilieuses, elles sont diarrhéïques, bien que de moins en moins fréquentes.

Traitement. Frictions sur les avants-bras, les pieds et les mains avec le liniment ammoniacal camphré.

Frictions sur le rachis.
Pot. extrait de ratanhia 2 gr.

A 4 heures, Sulf. de quinine 1 gr. en deux doses.

Thé chaud punché.

Pour le soir. Pot. avec extrait d'opium 0,10.

Soir. Les phénoménes sont restés stationnaires. Temp. 26 .

5 septembre : Nuit agitée, délire. Le malade n'a pu dormir, il a été très agité; plusieurs selles bilieuses et liquides. L'algidité persiste. Temp. axillaire 36°,6.

Sulfate de quinine 1 gr. 50 (à 2 heures d'intervalle).

Frictions avec pommade quininée. { S. quinine ... 3 gr. / Axonge..... 30 gr.

Faites à la racine des membres surtout.

6 septembre : Le malade a dormi un peu dans la nuit.

Le lendemain, les phénomènes se sont tous notablement amendés.

La peau est moins froide. Temp. axill. 37,2. Le pouls s'est relevé à 90. La céphalalgie est moins forte.

Bouillon. Frictions stimulantes.

Potion :
- S. quinine 1 gr.
- extr. de quinquina 4 gr.
- teinture de cannelle 2 gr.
- Rhum 40 gr.

7 septembre : Le mieux se continue, mais le malade est très faible et les forces ne reviennent que lentement.

Aussitôt guéri M. B... a été envoyé en France en convalescence.

APPENDICE

Avant de terminer, disons quelques mots sur les lieux où ont été recueillies nos observations.

Toutes les Antilles sont paludiques ; la malaria coïncide avec la constitution palustre du sol. Mais il est bon de faire remarquer en passant qu'il n'est pas besoin dans un pays chaud de rencontrer de vrais marais aux eaux dormantes, peu profondes, pour trouver aussi la fièvre ; il suffit, pour que se développent les miasmes palustres : des matières organiques, de l'eau, de la chaleur, et ces trois choses ne manquent pas aux Antilles, pendant l'hivernage surtout.

A la Martinique, Saint-Pierre est moins palustre que Fort-de-France. La ville de Saint-Pierre est bâtie sur la partie du terrain volcanique de l'île et sur la pente des dernières ondulations de la montagne pelée. Il n'y a dans son voisinage aucun marécage, et une ceinture de mornes, qui l'environne de toute part, la met à l'abri des vents, qui ont passé sur les quartiers à fièvre. Saint-Pierre n'a donc rien de paludéen ; cependant on y constate des fièvres, et des cas d'accès pernicieux algides ont été observés et traités à l'hôpital militaire.

La caserne d'infanterie de marine est dans de bonnes conditions de salubrité ; rien de marécageux dans les alentours, et la rivière Roxelane, qui coule non loin, a des eaux rapides, peu abondantes et roulant sur un fond rocailleux.

La ville de Fort-de France est construite sur des terrains d'alluvion. De plus les environs sont marécageux, du carénage à la rivière Monsieur. Les soldats d'infanterie de marine occupent le

fort Saint-Louis, dont la situation est presque en dehors de la ville ; on peut cependant regretter que cette caserne soit si près du carénage ; de plus, le fort est exposé en plein aux vents du N.-E., qui passent sur les terrains marécageux du fond de la baie. Le fort Desaix, situé au haut d'une colline et dominant toute la ville, sert de caserne à une compagnie d'infanterie de marine et aux disciplinaires.

La Guadeloupe présente deux parties bien distinctes au point de vue topographique : l'une calcaire, madréporique, peu élevée au-dessus du niveau de la mer, aux rives plates et basses ; l'autre volcanique aux rives le plus souvent abruptes et dans l'intérieur de laquelle s'entassent des mornes et des pitons élevés, et tous dominés par le volcan éteint de la Soufrière. Or, dans l'une et l'autre de ces parties, on observe la fièvre intermittente avec tous les plus graves symptômes.

La Pointe-à-Pitre est bâtie en plein marais sur les bords de la Rivière-Salée et au milieu d'une luxuriante végétation. Les fièvres y sont très fréquentes.

La Basse-Terre, ville de la partie volcanique, bâtie sur les pentes du Morne, n'est point environnée de marécages ; mais on y rencontre cependant de nombreuses fièvres et souvent des accès pernicieux.

A Cayenne, ville basse, marécageuse, la caserne d'infanterie, qui est aussi celle de l'artillerie de marine, est située au bord de la mer, à un niveau plus élevé que celui du reste de la ville. Elle est au vent de Cayenne, et reçoit en plein les vents de N.-E. qui soufflent du large. Cette caserne est placée dans les meilleures conditions possibles de salubrité.

La gendarmerie est un bel établissement, bien compris, mais placé comme l'hôpital dans l'endroit le plus malsain de tout Cayenne.

Dans l'isthme de Panama, toutes les conditions qui peuvent

engendrer le miasme palustre se trouvent réunies à un haut degré : (terrains marécageux formés par des couches d'eau peu épaisses, par un limon riche en matières organiques et exposés aux ardeurs d'un soleil de plomb). Si à ces causes naturelles nous ajoutons : 1° les défrichements et les grands mouvements de terrains nécessités par les travaux de canalisation ; 2° les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles vivent la plupart des employés du canal, faut-il s'étonner que les accès pernicieux y fassent tant de victimes ?

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALIBERT. — Traité des fièvres pernicieuses intermittentes.

BÉRENGER-FÉRAUD. — Hygiène des Européens aux Antilles.

BORIUS. — Des inject. hypodermiques de sulfate de quinine dans le traitement des fièvres paludéennes de Sainte-Marie de Madagascar. (*Arch. de méd. nav.* 1869, 2e semestre).

LÉON COLIN. — Traité des fièvres intermittentes (1870).

CORRE. — Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds (1883).

DESCHAMPS. — Thèse de Paris, 1884.

DURAND. — Des alt. anat. pathol. dans l'intoxication palustre à la Guyane. (Thèse, Montpellier, 1868).

DUTROULEAU. — Maladies des Européens dans les pays chauds (2e édit. 1868).

GRIESINGER. — Traité des maladies infectieuses, 1868.

LAURE. — Considérations médicales sur la Guyane.

LAVERAN. — Traité des maladies palustres.

LIND. — Essais sur les maladies des Européens dans les pays chauds et les moyens de prévenir les suites. (Traduct. Thion de la Chaume).

MAILLOT. — Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes. (Paris, 1836).

MOREHEAD. — (On deseases in India).

NAPIAS. — Thèse de Paris, 1870. Essai sur la pernicieuse algide.

NIELLY. — Pathologie exotique (1881).

THÉVENOT. — Maladies des Européens dans les pays chauds (1840).

Vu : *Le Doyen,*

A. PITRES.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

Dr VERGELY.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 4 juillet 1887.

Le Recteur.

H. OUVRÉ.

11 549. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.